

PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN RELACIONADA AL ABUSO DOMÉSTICO CUANDO SE MUDA A OTRO CONDADO

| | | |
|-------------------------|----------------------------|--|
| NOMBRE DEL PARTICIPANTE | NÚMERO DE CASO DE CALWORKS | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN EN CALIFORNIA (CIN) |
|-------------------------|----------------------------|--|

Si se muda a otro condado, es posible que usted quiera que el nuevo condado tenga información acerca de sus servicios y su exención relacionada al abuso doméstico. Esto le ayudará al nuevo condado a obtener los servicios y el plan del Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (Welfare to Work - WTW) que usted necesita. Este formulario nos indica lo que usted quiere hacer.

Yo entiendo que:

No tengo que dar a otras personas información relacionada a mi situación en relación al abuso doméstico, pero puedo dar esta información voluntariamente cuando yo quiera.

Si no firmo el permiso para compartir información y me mudo, el Condado de _____ no enviará al nuevo condado ninguna información relacionada al abuso doméstico, incluyendo la exención que tengo. Entonces yo necesitaría decirle al nuevo condado acerca de mi abuso doméstico si quiero recibir servicios o una exención.

Todas las personas en el nuevo condado tienen que mantener confidencial toda la información. Esto significa que no se puede compartir con terceras personas.

LO QUE YO ESCOJO

___ Estoy de acuerdo en que el departamento de bienestar público del Condado de _____ pueda darle a otro condado la siguiente información acerca de mi situación en relación al abuso doméstico:

- ___ Una copia de cualquier exención relacionada al abuso doméstico
 ___ Información acerca de mis servicios relacionados al abuso doméstico
 ___ Otra: _____

___ Yo **no** quiero que la siguiente información se comparta:

- ___ Dirección
 ___ Número de teléfono
 ___ Información relacionada a mi empleo
 ___ Información acerca de la escuela de mis niños
 ___ Otra: _____

___ Yo **no** quiero que **ninguna** información se comparta.

Por favor ponga sus iniciales a continuación:

___ He leído este formulario (*o alguien me lo ha leído*) después de que fue completado y antes de que yo lo firmara.

___ Puedo cancelar este formulario en cualquier momento.

___ Mi permiso para compartir información termina un año a partir de la fecha en que yo firme este formulario, o cuando mi exención relacionada al abuso doméstico se termine, si es que yo no cancelo el formulario antes.

Por favor marque una:

___ Sí, yo quiero una copia de este formulario en este momento.

___ No, yo no quiero una copia de este formulario en este momento. Puedo obtener una copia en cualquier momento que la pida.

| | |
|------------------------|--------------|
| FIRMA DEL PARTICIPANTE | FECHA DE HOY |
|------------------------|--------------|

NEGATIVA/CANCELACIÓN DEL PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN:

Si me mudo, yo no quiero que el Condado de _____ le dé información al nuevo condado acerca de mi situación en relación al abuso doméstico.

| | |
|------------------------|--------------|
| FIRMA DEL PARTICIPANTE | FECHA DE HOY |
|------------------------|--------------|